

NACHGEFRAGT

DR. MED CHARLOTTE
KÖTTGEN



Dr. med. Charlotte Köttgen ist Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie und hat sich auf die Kinder- und Jugendpsychiatrie inklusive Psychotherapie spezialisiert. Nach ihrer Tätigkeit im Bereich Schizophrenieforschung an der Universitätsklinik Hamburg Eppendorf hat sie fast 20 Jahre den jugendpsychiatrisch-psychologischen Dienst der Stadt Hamburg (Landesjugendamt) geleitet. Bis 2014 war sie Sprecherin des Ausschusses Kinder und Jugend der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. (DGSP). Außerdem hat sie mehrere Bücher verfasst und mitherausgegeben. Darunter „Ausgegrenzt und mittendrin“ (IGFH Verlag, 2007) und „Wenn alle Stricke reißen“ (Psychiatrieverlag, 1998)

Diagnose ADHS

Hibbelige Kinder – mit Pillen allein nicht gut betreut

Seit den 1990er Jahren erhalten viele Kinder, die durch Unaufmerksamkeit und Überaktivität auffallen, die medizinische Diagnose ADHS. Viele Ärzte verordnen Methylphenidat (Ritalin®), das eigentlich stimuliert, bei solchen Kindern aber paradox wirkt, also beruhigend. In den letzten Jahren wurde viel gestritten, wie hilfreich der medikamentös-medizinische Ansatz überhaupt ist. Wir fragten Charlotte Köttgen, was aus ihrer Sicht in den letzten 20 Jahren falsch gelaufen ist.

GPSP: Für viele ist ADHS eine Krankheit, die am besten von Ärzten mit Medikamenten behandelt wird. Sie sehen das anders.

Charlotte Köttgen: Leon Eisenberg, der als erster das so genannte hyperkinetische Syndrom, aus dem später ADHS wurde, beschrieben hatte, sprach gegen Ende seines Lebens selbst von einer fabrizierten Erkrankung.¹ Gemeint ist, dass diese Verhaltensauffälligkeiten nicht als eindeutig biologische Krankheit zu verstehen sind. Eisenberg sagte, Fragen nach den psychosozialen Ursachen seien wichtiger.

Aber der Wirkstoff Methylphenidat, den die meisten ADHS-Medikamente enthalten, beruhigt solche Kinder doch.

Die störenden Verhaltensmuster werden unterdrückt, die Konzentration scheint gebessert.

Das kam bei einer Studie heraus, bei der Kinder 14 Monate Methylphenidat oder Verhaltenstherapie oder beides bekamen.²

Die Studie wurde viel zitiert, aber drei Jahre später zeigte sich, dass Kinder, die das Medikament eingenommen hatten, sich im schulischen und sozialen Verhalten nicht gebessert hatten, vielmehr häufiger durch kriminelles und Suchtverhalten aufgefallen waren.³ Das wurde weniger öffentlich verbreitet.

Was war an der Studie wichtig?

Eigentlich soll eine Therapie solche Abstürze verhindern. Das Gegenteil scheint hier der Fall zu sein. Und übrigens nennt der Beipackzettel von Methylphenidat als Nebenwirkung sogar die Gefahr einer Suchtentwicklung.

Warum gibt es überhaupt so viele verhaltensauffällige Kinder?

Viele Kinder sind heute durch die mannigfachen Reize und die Hektik des Alltags gestresst, wie auch die Erwachsenen. Mit anderen Worten, manche Familien sind überfordert durch die Umstände, unter denen Kinder groß werden sollen. Es fehlt Eltern insgesamt an Muße zum Zuhören, viele sind durch die Medien ständig abgelenkt und können ihren Kindern kaum ungeteilte Aufmerksamkeit schenken. Das wird durch die allgegenwärtigen, ständig unterbrechenden Smartphones verstärkt. Und gleichzeitig sind die Anforderungen an Kinder, doch wie erwünscht zu funktionieren, sehr hoch.

Sie müssen in der Schule erfolgreich sein?

Ja. Und die übliche Lernsituation kommt dem oft unterschiedlichen Entwicklungsstand der Kinder nicht ausreichend entgegen. Vor allem wenn sie abgelenkt oder motorisch aktiv sind, vielleicht auch besonders phan-

Hyperkinetisches Syndrom

Ausgeprägte Aktivität (Hyperaktivität) bei der mehrere Verhaltensauffälligkeiten zusammenkommen (Syndrom).

ADHS

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Umfasst neben der Hyperaktivität (HS) auch ein Aufmerksamkeitsdefizit (AD).

ADHS und Einschulung

GPSP 6/2010, S. 8

tasievoll und sich im Unterricht langweilen, oder einfach nicht auf die Erwartungen von Schule vorbereitet sind. So kommen erst die Kinder und dann die Eltern unter massiven Druck.

Und dann?

Wenn der erste Weg zum Arzt führt, wird in aller Regel schneller zum Rezeptblock gegriffen. Daran hat sich auch nichts geändert, seit in den letzten Jahren die Anforderungen an das diagnostische Verfahren erhöht wurden und eigentlich nur entsprechend fortgebildete Ärzte Psychopharmaka bei ADHS verordnen dürfen. Dennoch erhalten viele dieser auffälligen und nicht gut „funktionierenden“ Kinder das Rezept. Insbesondere, wenn sie aus sozial ohnehin problembelasteten Familien kommen.⁴

Warum gerade diese?

In manchen Familien gibt es sehr viele Probleme, die für zusätzlichen Stress sorgen. Das kann Armut sein, Arbeitslosigkeit der Eltern, Scheidung, Fehlen der Väter, Überforderung für alleinerziehende Mütter, auch Folgen von Sucht und Gewalt. Und chronischer Stress belastet nachhaltig. Wenn dann im Kindergarten oder in der Schule Probleme auftauchen, suchen Eltern nach Hilfe und werden mittlerweile sehr bald in eine ärztliche Praxis verwiesen. Die oft rasch gestellte Diagnose ADHS entlastet Kind und Eltern. Ist das Kind vom Arzt krankgeschrieben, fühlen Eltern sich weniger schuldig, in der Erziehung versagt zu haben.

Gilt das in bildungsorientierten Kreisen nicht ebenso?

Doch. Aber diese Eltern widersetzen sich häufiger der Verordnung von Methylphenidat und

suchen nach alternativen pädagogisch-therapeutischen Hilfen. Diejenigen aber, deren Kindern ein Abbruch der Schulkarriere droht, geben schließlich häufiger doch nach.

Macht nicht Methylphenidat die Verhaltenstherapie erst möglich?

Das Problem ist, dass vergleichende Langzeitstudien fehlen. Ärzte werden derweil auf den Fortbildungsveranstaltungen mit Informationen gefüttert, die selektiv die positiven, meistens gesponserten Studienergebnisse mit Psychopharmaka hervorheben und verbreiten.¹

Wie ist es dazu gekommen?

Bis 1992 wurden Kinder wegen Verhaltensstörungen nur selten in Arztpraxen geschickt. Bei solchen Problemen waren vor allem Psychologen und Beratungsdienste sowie Fachleute aus dem sozialpädagogischen Bereich zuständig – also zum Beispiel in Schulen und in der Jugendhilfe. Diese verordnen bekanntlich selbst keine Medikamente. Nachdem aber 1992 ADHS in der Neuauflage von ICD als eigenständige Störung definiert worden war, und Methylphenidat als wirksam vermarktet wurde, übernahmen Ärzte zunehmend die Behandlung dieser emotional, sozial und verhaltensgestörten Kinder. Statt die Ursachen zu finden und zu bearbeiten, was langwierig ist, verschrieb sich die Pille einfacher.

Was hatte das für Konsequenzen?

Das heißt die Definitionsmacht – wer ist verhaltensgestört, wer krank – übernahmen von da an mehr und mehr Mediziner und die ADHS Diagnosen und Verordnungen von Ritalin® stiegen stark an.



Was kommt Ihrer Meinung nach jetzt zu kurz?

Wie erwähnt, haben Kinder heute vielfältige Anforderungen und Probleme zu bewältigen, die unterschiedliche Ursachen haben können und ihren Ursprung oft im sozialen und auch familiären Umfeld haben. Wenn als erste Maßnahme ein Medikament verordnet wird, muss zunächst nicht an den Gründen für die dahinterliegenden Notrufe und Ursachen gearbeitet werden, da ja einige der störenden Symptome gedämpft sind, solange das Mittel wirkt. Es werden aber nicht die Probleme ursächlich angegangen.

Was sollte konkret geschehen?

Um das Verhalten eines Kindes zu verstehen, bedarf es einer gründlichen sozialen und biographischen Analyse. Manche Kinder haben in der frühen Kindheit massive Traumatisierungen erlebt, die nachwirken. In der Regel sind die Eltern an diesem therapeutischen Prozess zu beteiligen. Gute sozialpädagogische Hilfe und Psychotherapie bindet das Bezugsumfeld eines Kindes ein. Wichtig ist zudem, dass nach passenden Hilfsangeboten für das jeweilige Kind gesucht wird. Seit den 1980er Jahren betont man in der Sozialpädagogik, dass Hilfe dort angeboten wer-

ICD

Ein Diagnose-schlüssel für Ärzte. Er beschreibt und ordnet Erkrankungen und wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelt.

den muss, wo die Probleme entstehen. Ein Stichwort dazu ist Lebensweltorientierung.

Was ist damit gemeint?

Es müssen rechtzeitig Hilfen gefunden werden, die an den Lebensbedingungen der Kinder orientiert sind, sonst geraten sie in eine Abwärtsspirale. Das kann beispielweise bedeuten: Verweis von einer Schule, in die nächste, aber schlechtere, irgendwann Herausnahme aus der Familie und Unterbringung in einem Heim, oft weit entfernt vom ursprünglichen Lebensort. Doch dann misslingt häufig die Wiedereingliederung in die Gesellschaft. Lebensweltorientierung meint, dass man die Situation eines Kindes dort zu verbessern helfen sollte, wo es seinen sozialen und emotionalen Mittelpunkt hat.

Kann man „ADHS-Kindern“ nicht auch dadurch helfen, dass man ihnen mehr Aktivität zugesteht?

Es gilt herauszufinden, wie man den Fähigkeiten eines Kindes und seiner Familie besser gerecht werden kann. Welche Neigungen es hat, die nicht gefördert werden, wie es weniger Entwertung und Demütigung erfahren muss, wie seine persönlichen Aktivitäten und Kreativität unterstützt werden können. Beispiele sind etwa Trommelworkshops für Jugendliche, Kletterangebote für Kinder und andere sportliche Herausforderungen, die oft wichtige Anerkennung bringen. Aber genau solche alternativen Hilfen zu Medikamenten wurden bisher kaum von unabhängigen Forschern untersucht.

Woran liegt das?

Ganz einfach: Für große längerdauernde, unabhängig durch-

geführte Untersuchungen fehlt das Geld. Das hat die Pharmaindustrie. Kein Wunder, dass Arzneimittel meist gut abschneiden. Allerdings gibt es immer wieder auch kleinere Studien, die uns den Weg zeigen: Kinder mit der Diagnose ADHS wurden ganz ohne Medikamente behandelt, und tatsächlich besserte sich ihr Verhalten eindeutig zum Positiven.⁵ Doch solche Forscher haben es schwer, oft werden sie verunglimpft, als unglaublich dargestellt.

Sie werden nicht zur Kenntnis genommen, weil sie Kritik an der üblichen medizinischen Behandlung ausdrücken?

Ja.

Bald soll zu ADHS eine neue medizinische Leitlinie erscheinen. Was erwarten Sie davon?

Solange nicht gesichert ist, dass die Autoren der Leitlinie unabhängig von Zuwendungen der Pharmaindustrie sind, bin ich mehr als skeptisch.

Freut es Sie, dass die Verordnungszahlen von Psychopharmaka für Kinder mit ADHS nicht mehr ansteigen?

Das begrüße ich natürlich. Bei der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie versuchen wir mit Veröffentlichungen auf die Probleme für Familien und Kinder aufmerksam zu machen. Und viele Medien haben unter dem Schlagwort „Ritalin“ sehr kritisch berichtet. Das hat natürlich Konsequenzen. Zudem hat 2010 der Gemeinsame Bundesausschuss noch strikter vorgeschrieben, wann Ärzte zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ein Psychopharmakon wie Methylphenidat verordnen dürfen.⁶ Aber wer kontrolliert das?

Psychopharmaka bei ADHS

Bei einer ADHS-Diagnose wird hauptsächlich Methylphenidat verordnet. Dieser stimulierende Wirkstoff unterliegt dem Betäubungsmittelgesetz und darf nur auf speziellen Rezepten verordnet werden. Dasselbe gilt für den neuen, teuren Wirkstoff Lisdexamfetamin. Er wird wie Atomoxetin, ein dritter Wirkstoff, nur selten verordnet. Während die unerwünschten Wirkungen dieser Medikamenteinnahme bekannt sind, sind die langfristigen – möglicherweise schädlichen – Wirkungen auf das junge Gehirn nicht ausreichend untersucht.

Wird die Diagnose ADHS also noch zu oft gestellt?

Wie schon gesagt: Der Alltag ist für alle Kinder heute sehr stressig, die Anforderungen sind vielfältig und gerade Kinder mit starkem Bewegungsdrang haben es in der Schule nicht leicht. Mediziner begreifen Verhaltensstörungen eher als biologisches Ungleichgewicht und wollen das korrigieren. Aber sie übersehen da die eigentlichen Ursachen. Mit anderen Worten: Menschen sind zwar biologisch unterschiedlich, aber die spezifische Lebensgeschichte und Umwelt sollte man bei verhaltensauffälligen Kindern viel stärker in die Hilfe einbeziehen.

Frau Köttgen, wir danken für das Gespräch, das eine Menge wichtige Fragen aufgeworfen hat.

- 1 Köttgen C (2014) Praxis der Psychomotorik; 4, S.178
- 2 MTA Cooperative Group (1999) Arch Gen Psychiatry, 56, S. 1073
- 3 Molina BSG u.a. (2007) J Am Acad Child Adoles Psychiatry, 46, S. 1028
- 4 Barmer GEK Arztreport 2013
- 5 Sant'Unione AM (2008) Die Praxisstudie. In: Neeral T und Wildermuth M. AHDS: Symptome verstehen – Beziehungen verändern. S. 235
- 6 Medikamente dürfen nur im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie, wenn sich andere Maßnahmen allein als unzureichend erwiesen haben, eingesetzt werden. Sie dürfen nur von einem Spezialisten für Verhaltensstörungen bei Kindern und/oder Jugendlichen verordnet werden. Die Behandlung ist jährlich mindestens einmal zu unterbrechen.

DGSP (2013)
Positionspapier:
Eine Generation
wird krank-
geschrieben.
www.dgsp-ev.de/unterseite/positionspapier-der-dgsp-zu-adhs-und-dem-medikament-ritalin.html